

Solicitud para Capacitación Aprobada por el Comisionado
Cuestionario para el estudiante determinación de elegibilidad

Nombre Completo	Número de Teléfono	Número de Seguro Social
-----------------	--------------------	-------------------------

Nombre y domicilio del reclamante

Devuelva este cuestionario por correo o por fax a:

Employment Security Department
Unemployment Insurance Imaging
P.O. Box 19019
Olympia, WA 98507-0019
Fax: 1-800-301-1796

Necesitamos esta información para tomar una determinación acerca de su reclamo por desempleo. Después de recibir lo que conteste, si necesitamos más información, nos comunicaremos con usted por teléfono.

Usted tiene el derecho a una entrevista telefónica o en persona antes de que se tome una determinación. Si quiere una entrevista, comuníquese al TeleCentro. Usted puede traer a una persona con usted inclusive un abogado para que lo represente en su entrevista. Puede presentar pruebas, documentos o testigos; contra-interrogar a los testigos o a las partes presentes y pedir copias de todos los archivos o documentos de su asunto.

Por favor de complete y devuelva el cuestionario al domicilio de arriba.

Cuestionario para el Estudiante

Para poder calificar para beneficios, la persona necesita poder y tener disponibilidad inmediata para trabajar de tiempo completo y buscar trabajo activamente. Se duda que reúne los requisitos ya que está inscrito o va a la escuela. Nosotros determinaremos si califica o no, en base a las respuestas a las preguntas aquí incluidas: Por favor devuelva este cuestionario antes de _____ o haremos una determinación en base a la información a nuestra disposición.

LA ESCUELA

Nombre, domicilio postal y número de teléfono de la escuela o instalaciones para capacitación:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del programa de capacitación o énfasis de estudio: _____

¿Cómo define el catálogo de la escuela la capacitación? ¿De tiempo completo o de medio tiempo? T/C _____ M/T _____

Nombre y teléfono del Consejero de la escuela o la persona encargada: _____

Cantidad que ha invertido en gastos de colegiatura, libros, cuotas, habitación y alimentos: \$ _____

Fecha en que comenzó ese programa de capacitación _____

Fecha en que terminará con esa capacitación /graduación _____

Fecha en que se inscribió para ese trimestre /curso _____

Fecha en que comenzó o comenzará este trimestre/curso: _____

Fecha en que se terminarán las clases en ese trimestre/curso: _____

Soy un Freshman _____ Sophomore _____ Junior _____ Senior _____ N/A _____

Liste los trabajos que va a estar capacitado para hacer cuando complete su capacitación:

Si en su área local no hay de esos trabajos, ¿esta dispuesto a cambiarse a otra área para trabajar? Sí _____ No _____. Si contestó que sí, ¿a que otras áreas? _____

Nombre Completo

Número de Seguro Social

¿Qué plan financiero tiene para completar la capacitación si se agotan los beneficios por desempleo?

¿Qué títulos o certificados tiene y en que año los recibió?

Su horario de clases en este trimestre/sesión es:

Nombre de la Clase	Número de Curso	Horas Sem/Tri	Horario de Clase	Días de Clase

MI DISPONIBILIDAD

¿Cuántas horas le toma o le va a tomar el asistir a la escuela, prepara la clase y estudiar?

En el pasado, ha trabajado de tiempo completo y asistido a la escuela: Si ____ No ____ . Si contestó que sí ¿cómo lo pudo coordinar (ocupación, empleador, horario de clase, acreditación flexible)?

¿Cuál ha sido su ocupación principal? ____ . Años de experiencia: ____ Diga también la experiencia de trabajo que haya tenido (anote los trabajos): ____ Años de experiencia: ____

Anote sus tres últimos trabajos, empiece con el más reciente:

Nombre del empleador	Puesto & especifique deberes	Comenzó	Terminó	Por que razón ya no trabaja

Estoy buscando trabajo de: Tiempo completo ____ Medio tiempo ____ Temporal ____ (marque todos los que sean) en las siguientes ocupaciones: ____

En las últimas dos semanas, ¿dónde buscó trabajo?

Fecha	Nombre del Empleador & Dirección	Tipo de trabajo	Como hizo el contacto	Resultados

Estoy disponible para trabajar de: Día ____ Tarde ____ Noche ____ (marque todos los que apliquen).

Nombre Completo

Número de Seguro Social

¿Cuántas horas puede trabajar a la semana o al día? _____.

¿Está dispuesto a cambiar las clases o dejar la escuela? Sí _____ No _____. Si no, favor de explicar por que no:

Las mismas clases que tomo, las hay a otras horas y la escuela me dejaría cambiarlas a esta etapa del curso: Sí _____ No _____

Estoy dispuesto a perder mi colegiatura si es que la escuela no me reembolsa la colegiatura: Sí _____ No _____

Si me ofrecen trabajo de tiempo completo y el horario está en conflicto con el horario de la escuela y no se puede cambiar el horario, yo haría lo siguiente:

He contestado todas esas preguntas para obtener beneficios por desempleo. Entiendo que esta información podría verificarse, entiendo también que debo reportar con prontitud al TeleCentro cualquier cambio de información aquí contenida. Autorizo a la escuela, instalaciones para capacitación o a mi consejero para que proporcionen información al Departamento para la Seguridad del Empleo acerca de mi inscripción, participación, las faltas y el progreso en la capacitación.

Nombre completo _____ Fecha _____

Teléfono _____ Dirección para correo electrónico (opcional) _____

Nombre Completo

Número de Seguro Social

SOLICITUD PARA CAPACITACIÓN APROBADA POR EL COMISIONADO (CAT)

La Capacitación Aprobada por el Comisionado (CAT siglas en inglés) le permite obtener capacitación de tiempo completo y recibir beneficios del seguro por desempleo si es que su capacitación vocacional se relaciona con una ocupación o que razonablemente se espera le dé oportunidades de empleo. Usted podría calificar si es un Trabajador Desplazado o hay disminución en la demanda de personas con su tipo de destrezas, o si su trabajo le requiere esa capacitación o no puede físicamente continuar con su trabajo actual. Si se le concede CAT, no se le requiere que busque trabajo después de inscribirse para la capacitación. Usted puede poner su solicitud al completar la siguiente sección. Nosotros revisaremos sus circunstancias y determinaremos si califica para CAT.

El Programa de Capacitación Aprobada por el Comisionado (CAT) no aumenta la cantidad de beneficios en su reclamo o prolonga el número de semanas que recibe de beneficios. Dependiendo en la duración de su capacitación, sus beneficios se podrían agotar antes de que complete su capacitación. Por lo tanto, es su responsabilidad tener su propio plan financiero para completar su capacitación. Si también solicitó los Beneficios para la Capacitación (TB por sus siglas en inglés), esa solicitud se determinará por separado.

Devuelva este formulario antes del _____ si no lo hace, se tomará una determinación en base a la información disponible.

¿Son los fondos o el patrocinio para la capacitación bajo un programa o concesión especial? Si _____ No _____
Si contesto sí, por favor dénos el nombre y el teléfono de su consejero y adjunte una copia de la autorización.

¿Le requiere el sindicato esa capacitación? Si _____ No _____
Si contesto sí, nombre y número del sindicato y el nombre del empleador: _____
Nombre y teléfono de la persona encargada: _____

El nombre su empleador más reciente: _____

¿Recibió el aviso ADVERTENCIA? Sí _____ No _____ Contesto sí, ¿cuándo? _____

¿Le faltan a usted destrezas para continuar con su ocupación principal? Si _____ No _____ Si contestó que sí, explique: _____

¿Tiene usted alguna lesión, enfermedad o cualquier otra enfermedad que le impida volver a su ocupación principal? Sí _____ No _____
Si contestó que sí explique: _____

Estoy solicitando CAT y tengo entendido que ésta información podría verificarse y que yo debo de reportar con prontitud cualquier cambio a la información aquí contenida al TeleCentro para Reclamos por Desempleo. Autorizo a la escuela, instalaciones para capacitación y a mi consejero para que proporcionen información a la Oficina del Departamento para la Seguridad del Empleo acerca de mi matrícula, la participación, las faltas y el progreso en la capacitación. Tengo entendido que continuaré buscando trabajo hasta que me notifiquen que se aprobó el CAT.

Nombre completo _____ Fecha _____

Department Use ONLY	TeleCenter: _____
Law: RCW 50.20.043 (CAT) _____ RCW 50.20.095/010(1)(c) _____	
Issue: _____ Wk (s) _____ Source: _____	
BYE: _____ EDC: _____ WBA: _____ Date: _____	
Reasoning: _____	
Legal Result: _____ Start Date _____ End Date _____	
Dept. Representative: _____ Date: _____	